



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-318 - COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS TRAS *BYPASS* GÁSTRICO COMO CIRUGÍA DE REVISIÓN EN PACIENTES CON GASTRECTOMÍA VERTICAL PREVIA

Campo Betancourth, Carlos Felipe; Ortiz Sebastián, Sergio; Estrada Caballero, José Luis; Llopis Torremocha, Clara; Ruiz de la Cuesta García-Tapia, Emilio; Carbonell Morote, Silvia; Cárdenas Jaén, Karina; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La cirugía de revisión tras cirugía bariátrica está indicada en casos de reganancia ponderal o por complicación de la técnica previa. Según la literatura, esta se asocia a una mayor morbilidad posquirúrgica.

Objetivos: Evaluar las complicaciones posoperatorias en pacientes intervenidos de *bypass* gástrico (BPG) como cirugía de revisión (CR), previamente sometidos a gastrectomía vertical (GV) como técnica primaria (GV-1ª), comparándose con las propias del BPG primario (BPG-1º) en un centro de referencia.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, de cohortes, retrospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, sometidos a BPG-CR con GV-1ª, comparándolos con los casos de BPG-1º, desde enero/2008 hasta marzo/2021. Se realizó un análisis descriptivo clínico-demográfico. Se evaluó la asociación entre las complicaciones del BPG-CR y la edad, comorbilidad, IMC, sexo, complicaciones del BPG-1º, estancia hospitalaria, mortalidad y reingresos. Se consideró una significación estadística, $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes intervenidos de BPG-CR y se compararon los resultados con 580 pacientes sometidos a BPG-1º. Los pacientes de BPG-CR tenían una edad de 50,5a (RIQ: 43-55,75) vs. 46a (RIQ: 39-53) en BPG-1º, $p = 0,017$. Treinta y tres (68,8%) fueron mujeres. El peso inicial fue de 117 kg (RIQ: 102-130) vs. 130 kg (RIQ: 117-143), $p = 0,001$; el IMC inicial fue de 44,2 kg/m² (RIQ: 40,5-48,7) vs. 47,6 kg/m² (RIQ: 44,1-51,5), $p = 0,004$, respectivamente. El 99% fue por vía laparoscópica. Los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM-II, SAOS, DLP, esteatosis hepática) fueron significativamente más frecuentes en BPG-1º, $p < 0,05$. Las indicaciones de CR fueron la reganancia/estancamiento ponderal 35 (72,9%), la reganancia/estancamiento ponderal + ERGE 7 (14,6%) y la ERGE 6 (12,5%). La mediana de tiempo entre la GV-1ª y el BPG-CR fue de 3 años (RIQ: 2,25-5). No hubo diferencias significativas globales en la frecuencia 9 (18,8%) vs. 111 (19,1%), ni en la gravedad (Clavien-Dindo \geq IIIB) 1 (11,1%) vs. 17 (16,7%), de las complicaciones de ambas cohortes, $p > 0,05$. No obstante, al analizar individualmente las complicaciones, observamos mayor tendencia de fístula anastomótica en el BPG-CR, 2 (4,2%) vs. 6 (1%) del BPG-1º, $p = 0,063$. La estancia hospitalaria del BPG-1º fue mayor, 4 días (RIQ: 3-5) vs. 3 días (RIQ: 3-4), $p = 0,001$. Solo hubo un caso de muerte precoz en el BPG-1º. No hubo diferencias en las consultas a urgencias 6 (12,5%) vs. 34 (14,9%), $p = 0,666$, ni en reingresos 6 (12,5%) vs. 21 (9,4%), $p = 0,511$.

Conclusiones: En nuestra serie la indicación más relevante del BPG-CR fue la reganancia/estancamiento ponderal, seguido de la ERGE. No observamos diferencias significativas en las consultas a urgencias o

reingresos, mortalidad, frecuencia o gravedad de las complicaciones precoces posquirúrgicas consideradas globalmente, ni según el periodo de cirugía. Observamos una tendencia de mayor cantidad de fístulas anastomóticas en los pacientes de CR, sin alcanzar la significación. El BPG-CR tras una GV-1ª es un procedimiento seguro en un centro con experiencia en CB.